Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.
(Direktor Geh.-Rat Prof. Dr. **E. Bumm**).

Ueber extraperitonäalen Kaiserschnitt.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
KÖNIGL. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

VON

MAX FINKELKRAUT
AUS WARSCHAU.

Tag der Promotion 12. August 1913

BERLIN 1913
DRUCK VON CARL SIEBERT'S BUCHDRUCKEREI, ELSASSERSTR. 54

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medicinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Bumm.**

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit und Verehrung gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberextraperito0000maxf

Die Entwickelung des Kindes oberhalb des Beckens greift bis in die älteste Zeit zurück. Auch der Gedanke supra-symphysärer extraperitonealer Entbindung darf auf den Beginn des 19. Jahrhunderts zurückgeführt werden. Bereits im Jahre 1806 empfahl Jörg die Bauchhöhle in der Linea alba zu eröffnen und statt des sehr blutreichen Corpus uteri die Vagina ev. den äußeren Muttermund einzuschneiden und das Kind durch die gemachte Oeffnung zu extrahieren, Sein Zeitgenosse Ritgen sah in dem Einschneiden des Peritoneums eine Ursache für die Entstehung der Peritonitis und suchte dieselbe zu umgehen, indem er einen halbmondförmigen Schnitt vom Hüftkamm bis zur Schoßbeinfuge machte und das Peritoneum stumpf abschob. Daun führte er eine Sonde in die Scheide ein, durchbohrte dieselbe und verlängerte die gemachte Oeffnung bis in die Ceroix. Ritgen machte die Beobachtung, daß man nach einer Präparation der Bauchfellfalte an einer Stelle, wo sich die Falte um das Lig. rotundum schlägt, in einen mit Zellgewebe erfülllen Raum kommt, wo der Uterus frei vom Peritoneum liegt. An dieser Stelle sollte man einschneiden. Ein Jahr darauf, 1622, hatte Physik den Ritgen'schen Gedanken dahin modifiziert, daß er einen horizontalen Schnitt über der Symphyse machte, und nach Abschieben des Peritoneum vom Blasengrunde, statt der Scheide die Cervix einschnitt. 1824 schlug Baudelocque ein neues Verfahren, die sogen. Gastroelytrotomie vor. Schnitt oberhalb des Beckens, Einschneiden der Vagina und Extraction des Kindes durch dieselbe. Der Uterus bleibt dabei intakt. Diese Methode wurde von Italienern dahin verändert, daß sie den Baudelocque'schen Schnitt mit dem der Linea alba vereinigten. Einige Dezennien hindurch wurde die Gastroelytrotomie vernachlässigt und erst im Jahre 1870 von Theordor Gaillard Thomas wachge-

rufen. Er führte einen Schnitt rechts von Spina pubis bis zur Spina iliaca anterior, schob das Peritoneum zur Seite bis die Verbindung zwischen der Vagina und dem Uterus sichtbar waren. Nach Einführung einer Sonde in die Scheide wurde darauf eingeschnitten und stumpf die Oeffnung erweitert. In Europa wurde diese Operation erst 1878 eingeführt. Die wenigen Fälle von Gastroclytrotomie ergaben eine große Mortalität: 50% der Mütter, 42,8% der Kinder.

Diese große Mortalität, die Verletzungen der Nachbarorgane, Blase und Ureteren, was in den meisten Fällen geschah, und die starke Blutung sprachen entschieden gegen diese Methode. Im Jahre 1878 empfahl Porro ein neues Verfahren, bei welchem der Uterus nebst Anhänger nach Entleerung der Frucht supravaginal cxtirpiert wurde. Dieses neue Verfahren hatte trotz der Verstümmelung der Organe und sekundärer Folgen, die die Ovarioectomie verursachte, eine außergewöhnliche Begeisterung hervorgerufen und alle anderen Methoden verdrängt. Es war denn eine Operation, die die Möglichkeit darbot, auch in infizierten Fällen Hülfe zu leisten. Die Mortalität der Mütter auch in septischen Fällen stieg bei der Anwendung des neuen Verfahrens weit hinunter. Inzwischen befürworteten Sänger und Kehrer, die sich erfolgreich mit Ausführung einer exakten Uterusnaht beschäftigten, den konservativen Kaiserschnitt. Durch diese beiden Methoden rückte die suprasymphysäre Entbindung ganz in den Hintergrund. Es ist ein Verdienst von Frank die Gastroclytrotomie der Vergessenheit entrissen und im Jahre 1781 wieder zur Geltung gebracht zu haben. Frank ging dabei von Gedanken aus, daß ein neues Verfahren die Mängel des alten vermissen müsse. Er vermied deshalb die Hervorwälzung des Uterus, der dann vor Beschmutzung schwer zu schützen ist und nach Zurückschieben in die Bauchhöhle das Peritoneum infiziert, weil dieselbe eine Hyperämie hervorruft und einen Einfluß auf das Kind ausübt, indem es zum frühzeitigen Atmen anregt, wodurch eine Asphyxie entsteht. Ferner legte er besonderen Wert auf eine exakte Naht, die, nach ihm, nur dort möglich war, wo das Peritoneum leicht verschieblich ist, d. i. im unteren Uterinsegment. Er incidierte deshalb den Uterus tief vorn und vereinigte beiderseits die Lig. rotunda mit dem Perito-

neum parietale, wodurch eine Art Decke über der Wunde entstand. Diese Methode wurde von Ehrendörfer und Sänger als eine zu komplizierte bekämpft und mit Recht, denn sie führte wiederholt zur Fixation der inneren Genitalien an der vorderen Bauchwand und begünstigte die Infektion wegen der Schnittführung bei offener Wundhöhle. Inzwischen hat sich die von Sänger eingeführte Uterusnaht bewährt und verhalf den konservativen Kaiserschnitt wieder in die Höhe zu kommen, Die im Jahre 1887 berichteten Erfolge vergrößerten noch die Schar der Freunde des konservativen Kaiserschnittes, der als einzig gute Methode gepriesen wurde. Gegen das Ende des 19. Jahrhunderts (1889—1899) betrug die Mortalität der Mütter bei konservativem Kaiserschnitt 4,7 %. Jedoch die beschränkte Indikation zum Eingriff — bei inficierten Fällen wurde immer noch die Porro'sche Operation angewandt — die schlechten Erfolge bei septischen Fällen, endlich die Gefahr der Peritonitis, alle diese Momente bewegten Frank im Jahre 1906 mit einem Verfahren aufzutreten, das einerseits die Nachteile des konservativen Kaiserschnittes, andererseits die des alten Frank'schen Verfahren vermißte.

Die Blutung war geringer, die Peritonitis beinah ver mieden und der Indikationsstellung ein weiterer Spielraum gegeben. Damit keine Hyperaemie entsteht, wurde die Hervorwälzung des Uterus unterlassen. Kleiner Querschnitt durch die Bauchdecken oberhalb der Symphyse Eröffnung des Peritonealsackes, Abheben der Umschlagsfalte von der Unterlage und dem Uterus, Vernähung des Peritonealsackes und querer Einschnitt in das extraperitoneal gelegene untere Uterinsegmont. Für seltene Fälle, in denen die Blase extraperitoneal liegt, schlug Frank vor, vollständig extraperitoneal vorzugehen. Nach Abheben der Umschlagseite, wird die Blase zur Seite geschoben und in den extraperitoneal liegenden unteren Cervixabschnitt eingeschnitten. Dieser letzte Gedanke wurde wegen technischer Schwierigkeiten nicht verwirklicht, ja Frank selbst warnte sogar vor Anwendung der vollständig extraperitonealen Methode, da die Verhältnisse am Peritoneum während der Geburt wenig bekannt waren, und weil er befürchtete, daß durch das stumpfe Abpraeparieren des Peritoneums Einrisse entstehen können, die

späterhin nekrotisch werden. Der Gedanke extraperitoneal operieren zu können, barg in sich jedoch soviel Versprechen auf Erfolg, daß die Frank'sche Methode von allen Seiten her, so von Sellheim, Latzko, Doederlein und a. m. aufgenommen und modificiert wurde. Die am meisten eingebürgerte Frank-Sellheim'sche Methode bietet trotz der schwierigen Technik, im Vergleich zu den anderen Methoden — transperitonealer, konservativer und der Porro'schen — auch in inficierten Fällen viel größere Chancen für die Genesung der Mütter und Kinder und gibt einen weitgehenderen Spielraum bei der Indikationsstellung. Ferner gestattet der extraperitoneale K. auch dann einzugreifen, wenn die Frau noch nicht lange gekreißt hat, die Cervix wenig gedehnt und der Muttermund nicht vollständig erweitert ist. Die Schwierigkeiten, die sich dabei bieten, werden am besten vermindert durch steile Beckenhochlagerung, auf deren Bedeutung erst neuerdings Bumm hinwies, weil dabei der Uterus der Schwere folgend aus dem Becken heraustritt und die Cervix und Umschlagsfalte leicht zu übersehen sind. Die Gefahren des Kaiserschnittes, wie Peritonitis und starke Blutung lassen sich auf das Geringste reduzieren; auch die in der letzten Zeit stark gefürchtete Bindegewebsphlegmone kommt relativ selten zustande, meist in geringem Grade und verläuft auch relativ günstig. Offenbar ist die Keimübertragung bei kleinen Bindegewebswunden, die sich leicht bei Hochlagerung und medianer Schnittführung bewerkstelligen lassen, nicht sehr begünstigt, denn eine starke Eiterung zu den seltenen Ereignissen zählt, und weil ferner die Tatsache besteht, daß nach Eröffnung der Bauchhöhle bei Frauen, die bereits durch den suprasymphysären extraperitonealen Kaiserschnitt entbunden wurden, keine Adhäsionen zu finden sind, dagegen bei den anderen Methoden die Verklebungen ein recht gewöhnlicher Befund bilden. Damit jedoch einer eventuellen Eitersekretion der Weg nach außen offen bleibt, wurde bereits seit Frank in inficierten Fällen, oder in solchen, die als inficiert gelten konnten, drainirt; in aseptischen Fällen dagegen die Wundhöhle fest verschlossen.

Ich möchte nun auf Grund von 70 Fällen, die in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik (Direktor Geh. Rat E. Bumm) operiert wurden, die Resultate der extra-peritonealen Sectio caesarea berichten.

Fall 1:

Frau R. S., 33 Jahre, I-para. Rachitis, mit 6 Jahren laufen gelernt. L. R. Dezember 1909.

Am 15. 10. 1910 aufgenommen. Beckenmaße: Sp. 27, Cr. 27,5, Troch. 29,5, Conj. diag. 8,5, Conj. ver. 7,0. Fundus am Rippenbogen, I. HLg., Kopf auf dem Becken. Wehenbeginn 15. 10. 7 h. a. m. Blasensprung 14. 10. 10 h. p. m. Temp. 37,7 °. Da bei dem stark rachitisch verengten Becken keine Aussicht auf eine normale Geburt vorhanden ist, wird am 15. 10. 1910 die supra-symphysäre sectio caesarea extraperitonealis ausgeführt. Narkose. Beckenhochlagerung. Pfannenstielscher Fascienquerschnitt. Stumpfe Durchtrennung der Muskulatur. Abschieben der Blase nach rechts unten und der Umschlagfalte nach links oben. Beim Abschieben des Peritoneums reißt dasselbe ein und wird fortlaufend vernäht. Die extraperitoneal gelegene Cervix wird durch einen Medianschnitt eröffnet. Entwickelung des Kindes mit Forceps. Nach Ausdrücken der Placenta wird die Cervix mit Catgut-Knopf vernäht, darauf fortlaufend eine Decknaht. Drainage des Parametriums. Muskulatur und Fascien fortlaufend vernäht. Haut mit Draht-Klemmen. Dauerkatheter. Abgang von blutigem Urin. 16. 10.: Kürzung des Drains. 19. 10.: Eitersekretion aus der Bauchwunde, Abfluß von Urin aus derselben. Die Milchprobe ergab eine Fistel im vorderen Scheidengewölbe.

16. 11.: Allgemeinbefinden gut. Bauchwunde geheilt bis auf eine linsengroße Stelle.

21. 11. wird Pat. entlassen. Es besteht Blasenkatarrh. Inkontinenz des Urins bei Nacht. Urindrang. Portio klein, an der vorderen Bauchwand fixiert. Lochien gering.

Kind , lebt, 52 cm. l. 3180 gr.

Fall 2:

Frau D. J., 23 J., Rachitis. II-para. 1 Partus mittels Sectio caesarea abdominalis beendigt.

L. R. Januar 1910. Wehenbeginn 29. 10. 3 h. a. m. Blase I. HLg. Kopf über dem Becken. Mmd. 1-Mark groß.

29. 10. 12.15 p. m. extraperiton. Kaiserschnitt.

Nach Durchtrennung der Haut und Fascienquerschnitt, stumpfes Auseinanderziehen der Muskulatur. Abschieben der Blase nach rechts unten und der Umschlagsfalte nach l. oben. Incision der extraperitoneal gelegenen Cervix median, Sprengen der Blase, Forceps und Entwickelung des Kindes. Herauspressen der Placenta. Cervixnaht mit Katgut-Knopf; fortlaufend Decknaht. Fortlaufende Muskel- und Fasciennaht. Haut mit Draht und Klemmen.

Glatter fieberfreier Verlauf. Allgemeinbefinden gut. Wunde primär geheilt.

15. 11.: Entlassung. Parametrien frei. Lochien noch blutig-serös.

Kind , lebt, 52 cm. l., 3200 gr.

Frieda W., 28 J. Rachitis, mit 5 J. Laufen gelernt. I-para. L.-R.

Fall 3:

3. 12. 1910. Wehenbeginn 4. 12. 11 h. p. m. Blasensprung 5. 12. 7 h. p. m. Beckenmaße: Sp. 25,5; Cr. 27,5; Troch. 31; C. ext. 18; C. d. 10; C. v. 8,5. I. Hhg. Kopf schwer beweglich über dem Becken. 7. 12.: Mmd. 2-markst. groß. Da die Geburt trotz vorhandener Wehen nicht vorwärts kommt und das Becken rachitisch verengt ist, so wurde am 7. 12. die Sectio caesarea extraperitonealis ausgeführt. Querschnitt durch Haut und Fascie. Stumpfe Trennung der Muskulatur. Abschieben der Blase und der Umschlagsfalte. Längsschnitt in die Cervix. Entwickelung des Kindes mit Forceps. Starke Blutung. Expressio Placentae. Cervixnaht mit Catgut-Knopf; fortlaufende Serosanaht. Blase mit einigen Nähten nach links fixiert. Tamponade des Parametriums. Bauchdeckennaht. Dauerkatheter. Urin klar.

10. 12: Mäßige Wundsekretion. 38,6 °. Kürzung des Tampons. Digalen.

12. 12.: Temp. normal. Tamponentfernung.

24. 12.: Naht rechts aufgeplatzt, Abscheidung von trüb-serösem Sekret. Feuchter Verband.

29. 12.: 39,2 °. Gliederschmerzen. Wundsekretion gering. Temperatur kehrt zur Norm. Befinden gut. Wunde granuliert gut zu. Seit dem 31. 12. steht Pat. auf. Ätzungen mit Arg. nitr.

7. 1.: Entlassung. Wunde bis auf eine bohnengroße Stelle, die granuliert, geschlossen. Parametrien frei. Uterus beweglich. anteflex.

Kind , lebt, 51 cm. l., 3650 gr.

Fall 4:

Frau F. F., 23 J. I-para. L. R. Ende Februar 1910. Knochenmaße: Sp. 28, Cr. 28,5, Troch. 30,5, Conj. ext. 18. C. d. 10. II. HLg. Kopf über dem Becken. Mmd. eröffnet. Wehenbeginn 15. 12. 2.20 p. m. Blasensprung 15. 12. 10 h. p. m. Da die Geburt nicht vorwärts kommt und das Becken allgemein verengt ist, wird die Entbindung am 16. 12. mittels extraperitonealer Sectio caesarea beendet und das Kind mit Zange entwickelt. Die Wunde wird bis auf die Durchtrittsstelle eines Tampons geschlossen. Dauerkatheter.

17. 12.: 37,7 °. Mäßige, blutig-seröse Sekretion. Kürzung des Tampons. Verbandwechsel.

20. 1.: Katheterentfernung. 21. 1. Entfernung des Tampons. Temperatur normal. Befinden gut.

5. 1.: Sehr geringe oberflächliche Sekretion. Aufstehen.

8. 1.: 37,7 °. Bettruhe. 17. 1. steht Pat. auf. Befinden gut. Bauchwunde fast geschlossen. Parametrien frei.

21. 1.: Wird entlassen.

Kind, lebt 54 cm. l. 3470 g.

Fall 5:

Frau M. S., 30 J., I-para. L. R. 4. 1910. Beckenmaße: Sp. 26,5, Cr. 27, Troch. 29,5, C. ext. 18, C. d. 9,5, C. v. 8;0.

29. 12.: I. HLg. Kopf oberhalb des Beckens beweglich. Mmd. 2 Mark groß. Wehenbeginn 26. 12. p. m. Blase steht.

Wegen des engen Beckens Entbindung mittels der Sectio caesarea extraperitonealis.

Das Kind wird gewendet und am Fuß extrahiert. Der Uterusschnitt traf den l. Rand der Placenta, deswegen starke Blutung. Tamponade des unteren Wundwinkels. Schluß der Wunde.

31. 12.: Leib etwas aufgetrieben, nicht schmerzhaft. Geringe Sekretion. Plötzliche Temperatursteigerung 38,5 °. Allmählicher Abfall.

12. 1.: Befinden gut.

16. 1.: Leichte Infiltration der Wunde. 38,3 ° ohne obj. Befund.

Seit 27. 1. auf, wird am 1. 2. mit geschlossener Narbe entlassen. Parametrien frei. Kind, lebend geboren, ist an Herzfehler gestorben.

Fall 6:

Frl. A. S., 18 J., Rachitis. I-para. Enges Becken. Eklampsie (4 Anfälle). Darreichung von Chloral-Morphium. Blase steht. 20. 1. Sectio caesarea extraperitonealis. Nach Sprengung der Blase Kind mit Zange entwickelt. Expressio placentae. Wegen Atonie vorübergehende Tamponade. Verschluß der Wunde. Pat. völlig klar. Keine Anfälle mehr. Die vorher bestandene Albuminurie ging vollständig zurück. Allgemeinbefinden gut. Glatter, fieberfreier Verlauf. Seit 2. 2. auf, wird am 8. 2. mit fester Narbe entlassen. Parametrien frei. Ut. anteflect.

Kind , lebt 51 cm. l. 3620 g.

Fall 7:

Frau L. B. 29 J., I-para. L. R. April 1910. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 26, C. ext. 18, C. d. 9¼, HLg. Kopf beweglich. Mmd. 5 Markst. groß. Wehenbeginn 5. 2. m. Blasensprung 1 h. a. m. Wegen Wehenschwäche wurde ein Colpeuryntor eingelegt; als nachher die Temperatur auf 38,2 ° gestiegen war und die Pulszahl 140 erreichte, wurde Pat. in der Klinik mit Sectio caes. extrap. entbunden. Zangenentwickelung des Kopfes. Tamponade des Parametriums. Schluß der Wunde bis auf die Durchtrittsstelle des Tampons.

7. 2.: Wegen reichlicher Sekretion wird die Wunde etwas breiter eröffnet. Verbände mit essigs. Tonerde. Befinden gut. 19. 2.: Schmerzen in d. rechten Mamma.

24. 2.: Zunehmende Druckempfindlichkeit. 38,6 °.

28. 2.: Starke Infiltration d. Mamma, Fluktuation. 39,4 °. Inectio, reichliche Eiterentleerung. Feuchter Verband. Temperaturabfall. Saugglocken-Behandlung. 12. 3.: Aufstehen. Schmerzen an der Incisionsstelle. 29. 3.: Keinerlei Beschwerden. Temperatur nicht mehr vorhanden. Entlassung.

Parametrien frei. Uterus antefl., gut involviert. Lochien nicht geheilt. Fieberfrei, ohne Beschwerden. Steht auf. Am 23. 3. wird Pat. entlassen. Parametrien frei. Rechte Adnexe ein wenig druckempfindlich.

Kind , lebt, 56 cm. l., 4000 g.

Fall 8:

Frau F. M., 23 J., Rachitis. I-para. L. R. 28. Mai 1910. Beckenmaße: Sp. 25,5, Cr, 26,5; Troch. 31, C. d. 9. C. v. 7,5. 11. 2.: I HLg. Kopf im Beckeneingang. Mmd. für 2 Finger durchgängig. Wehenbeginn 10. 2. 4 h. a. m. Blase steht. Wegen der großen Beckenenge Sectio caes. extrap. Sprengen der Blase. Entwicklung des Kopfes mit Zange. Placentalösung. Leichte Atonie. Völliger Verschluß der Wunde.

15. 2.: Wegen starker Spannungs- und Druckempfindlichkeit in d. linken Seite wird die Wunde eröffnet und drainiert. Es entleert sich blutig-seröse Flüssigkeit. 39,5°. Puls 120. Schwäche. Besserung des Befindens. 19. 1.: Entfernung des Dauerkatheters. 22. 2.: Es ist eine Urinfistel nach oben durch die Wunde aufgetreten. Blasenspülungen.

25. 2.: 40,2°. Temperaturabfall. Besserung.

5. 3.: Die Fistel hat sich geschlossen. Die Bauchwunde gut geheilt, fieberfrei, dauernd außer Bett. Parametrien frei.

Kind , lebt, 48 cm. l., 3000 g.

Fall 9:

Frau A. S., 32 J., II-para. 1 norm. Partus. Kind 4 Wochen post partum an Lebensschwäche gestorben. L. R. 10. 5. 1911. C. d. 9,0. I. HLg. Kopf beweglich ob. des Beckens. Mmd. kl. Handteller groß. Wehenanfang 12. 2. 1.30 a. m. Blasensprung 1.45 a. m. Wegen immer schlechter werdender Töne bei verengtem Becken wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Extraction des in Gesichtslage liegenden Kindes mit Zange. Vollständiger Verschluß der Wunde. 16. 2.: Bronchitis diffusa. 38,6°. Codein. Umschläge. Rückgang der bronchit. Erscheinungen. Linker Wundwinkel infiltriert, druckempfindlich. Wegen der zunehmenden Infiltration und hohen Temperatur, 38,4°, wird die Wunde 2 cm. breit eröffnet und dem Eiter Abfluß geschafft. 27. 2.: Wunde heilt gut zu. Befinden gut. 2. 3.: Steht auf, keine Beschwerden, wird am 15. mit geheilter Narbe entlassen. Parametrien frei. Lochien gering.

Kind , lebt, 50½ cm. l., 3420 g.

Fall 10:

Frau D. C., 29 J. Mit 3 J. Laufen gelernt. IV-para.

1. Partus: Zange. Kind einige Minuten gelebt.
2. Partus: Fußlage. Kind 7 Wochen gelebt.
3. Partus: Fußlage in VIII. M. Kind 4½ Tage gelebt.

Beckenmaße: Sp. 26,5, Cr. 26,5, Troch. 30,5, Conj. d. 8¾, I. HLg. Kopf ob. des Beckens. Mmd. fast geschlossen. Wehenanfang 15. 2. 7.30 p. m. Blasensprung 15. 2. 6.30 h. p. m. 15. 2: 10 h: p: m: wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Beim Einschneiden in die sehr gefäßreiche Cervix starke Blutung. Placenta liegt vor dem Schädel des Kindes und ist bei Beckenhochlagerung nach dem Fundus gerutscht, deshalb Extraktion am Fuß. Der Kopf läßt sich schwer

herausbringen; es reißt dabei das Peritoneum 5 cm. breit an der linken Seite. Naht des Risses. Schluß der Wunde.

20. 2.: Wunde heilt gut zu. Urin sehr trübe. Blasenschmerzen beim Urinlassen. Salol, Fachinger Wasser.

7. 3.: Schmerzen in der rechten Seite. 38,5 °. Kein obj. Befund. Blasenspülungen mit Bor.

11. 3.: Pat. steht auf, beschwerdefrei. Blasenkatarrh geheilt, wird am 29. 3. entlassen. Lineare Narbe. Parametrien frei.

Kind , lebt, 51 cm. l., 3500 g.

Fall 11:

Frau A. M., 30 J., Rachitis. II-para. 1 Abort im IV. M. L. R. April 1910. Conj. diag. 10, C. v. 8,5. I, HLg. Kopf über dem Becken. Wehenbeginn und Blasensprung 16. 2. h. a. m. Primäre Wehenschwäche; Einlegen von Colpeurynter erfolglos. 18. 2.: Mmd. 5 Mark groß Temperatur 38 °.

Wegen der hohen Temperatur bei noch wenig entwickeltem Geburtsmechanismus wird die Entbindung mittels Sectio caesarea extraperitonealis beendet.

Bei der Zangenextraktion des Kindes ist das Peritoneum am oberen Wundwinkel auf etwa Fingerlänge eröffnet worden. Naht-Fruchtwasser stark riechend. Expressio Placentae. Cervixnaht nach vorheriger Spülung des Uterus mit essigsaurer Tonerde. Drainage der l. Wundhöhle. Bauchdeckennaht.

20. 2.: Reichliche, stinkende Sekretion aus dem Drainrohre; die Umgebung der Wunde ist sehr druckempfindlich und gespannt.

Eröffnung der Bauchwunde, reichliche Entleerung jauchiger Flüssigkeit. 38,5 °. Puls 110.

26. 2.: Aus der Tiefe stoßen sich gangränöse Fetzen ab. Verbände mit essigs. Tonerde und Campherwein. Granulation der Wundfläche.

18. 3.: Aufstehen. Geringe Schwellung der Wade und Schmerzen, die auf Bettruhe und feuchte Verbände zurückgehen. 23. 3.: Befinden gut; dauernd außer Bett. Wunde verheilt bis auf einen oberflächlichen Spalt. 29. 3.: Gesund entlassen. Parametrien frei. Lochien gering.

Kind lebt, 51 cm. l., 3300 g.

Fall 12:

Frau L. P., 30 J., Rachitis, mit 8 J. Laufen gelernt. I-para. L. R. 20. Mai 1910. Beckenmaße: Sp. 26, Cr. 27, Troch. 29, Conj. diag. 9, C. v. 7,5. Wehenbeginn: 21. 2. a. m. Blasensprung 21. 2. 8 h. p. m. I. HLg. Kopf im Beckeneingang. 23. 2.: Mund 2 Markst. groß. Wegen der Beckenenge und langer Geburtsdauer wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Zangenentwicklung des Kopfes. Bei der Uterusnaht zeigt sich, daß die mit der Cervixwand fest verwachsene Blase in Ausdehnung von 6—7 cm. angerissen ist. Naht. Übernähung der Blasen- und Cervixnaht. Wunde breit tamponiert. Dauerkatheter. 26. 2.: Tamponentfernung, keine Sekretion, begin-

nende Granulation. Urinfistel nach oben. Keine Schmerzen. Blasenspülung.

28. 2.: Hinzutreten einer Blasencervixfistel. 38,7°.

4. 3.: Temperaturabfall. Befinden gut.

12. 3.: Die Wunde und die Fistel nach oben geschlossen; die Blasencervixfistel schließt sich allmählich. Entfernung des Dauerkatheters. 20. 3.: Dauernd trocken, steht auf. Die Fistel hat sich geschlossen. Urin ist erheblich klarer geworden. Wohlbefinden. Parametrien frei. 23. 3.: Entlassung.

Kind , lebt, 50 cm. l., 3010 g.

Fall 13:

Frau E. D., 20 J., Rachitis Chorea. I-para. L. R. 19. Juni 1910. Beckenmaße: Sp. 24, Cr. 26, Troch. 28,5, C. ext. 18,5. C. d. 9,5. Wehenbeginn 7. 4. 10.30 a. m. Blasensprung 7. 4. 11.30 a. m. II. HLg. Kopf fest auf dem Becken.

Da die Geburt bereits 83 Stunden dauert, ohne daß ein Fortschritt sich bemerkbar macht (Mmd. 1 Markst. groß), wird am 11. 4. die Sectio caes. extrap. ausgeführt.

Forceps. Am oberen Wundwinkel kleines Loch im Peritoneum. Naht. Tamponade.

Temperatur normal. Pulszahl 150. Wegen Schmerzhaftigkeit des Abdomens Lockerung des Tampons, teilweise Entfernung desselben. Eröffnung der mittleren Nähte. Feuchter Verband.

14. 4.: Nachlassen der Druckempfindlichkeit.

21. 4.: Wunde granuliert zu. Klemmenentfernung. Seit dem 28. 4. dauernd außer Bett. Wohlbefinden. Am 9. 5. entlassen. Glatte Narbe. Parametrien frei.

Kind , lebt, 51½ cm. l., 3280 g.

Fall 14:

Frau G. L., 25 J., Rachitis. II-para. 1 Partus normal, Kind tot geboren. L. R. Juli 1910.

Conj. diag. 9,5, C. v. 8. Wehenbeginn 17. 4. 9 h. a. m. Blasensprung 18. 4. 4.45 a. m. I. HLg. Kopf auf dem Becken. Mmd. kl. Handteller groß.

Wegen Beckenverengerung wird Sectio caes. extrap. ausgeführt. Glatter fieberfreier Verlauf.

Seit dem 1. 5. dauend außer Bett; Wohlbefinden. Wird geheilt entlassen. Glatte Narbe. Parametrien und Adnexe frei.

Kind , lebt, 50½ cm., 3250 g.

Fall 15:

Frau E. Z., 31 J., Rachitis. I-para. L. R. Juli 1910. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 27,5, Conj. ext. 17,5, C. d. 10¼. Wehenanfang 24. 4. 4 h. p. m. Blasensprung 28. 4. II. HLg. Kopf über dem Becken. Da die Geburt trotz langer Dauer nicht vorwärts kommt, Meconium abgeht und Temperatur ansteigt, 37,8°, wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Die Entwicklung des Kindes mit Zange

ist wegen seiner Größe schwierig. Bei Extraktion ist die Blase fast in ganzer Länge eröffnet worden. Zweifache Naht. Tamponade. Bauchdeckennaht. Dauerkatheter. 38,3 °. Urin blutig. 30. 4.: Trüber eitrig-schleimiger Urin. Mikroskopisch: Leukocyten, Plattenepithelien. Bei Blasenspülungen läuft die Flüssigkeit aus der Scheide und Bauchwunde aus. Entleerung von Schleimfetzen und Nähten.

17. 5.: Bauchwunde größtenteils geheilt. Plötzlicher Temperaturanstieg 39,9 °. Atembeschwerden. Husten. Rückenstechen. Coffein, Digalen. Allmähliches Nachlassen der Beschwerden. Beim Verlassen des Bettes am 29. 5. Temperatursteigerung 38,6 °; in den nächsten Tagen bis 39,2 °. Über der r. Lunge Dämpfung und abgeschwächtes Atmen. Probepunktion ergab Sanguis. Kein Husten und Auswurf. Besserung des Befindens.

10. 6. verläßt Pat. die Klinik trotz Bestehens einer Blasencervixfistel. Wunde geheilt. Parametrien frei. Am 23. 6. war die Fistel geschlossen.

Kind , lebt, 55 cm. l., 4350 g.

Fall 16:

Frau H. F., 43 J. III-para. 1. Partus 1906 — Zange, Kind mit 6 Wochen tot. Abortus im 3. Monat. L. R. 17. Juli 1910. Conj. diag. 10¼. Wehenbeginn 1. 5., ebenso Blasensprung. I. HLg. Vordere Scheitelbeineinstellung. 3. 5. Mmd. 5-Mark groß. Wehenschwäche. Kopf über dem Becken. Kindliche Herztöne wechselnd. Extrap. Kaiserschnitt. Tamponade der Wunde. Dauerkatheter.

4. 5.: Befinden gut; teilweise Entfernung des Tampons. Urin ein wenig blutig, eitrig, zuletzt klar. Seit dem 14. 5. dauernd außer Bett, wird am 22. 5. entlassen. Wunde glatt geheilt. Parametrien frei.

Fall 17:

Frau M. M., 35 J., III-para. 1. Partus Querlage. Wendung, Kind tot. 2. Partus Schädellage. Kind tot. L. R. Ende August 1910. Conj. diag. 9. II. HLg. Kopf über dem Becken. Mmd. 2 Markst. groß. Die Wehen, die am 4. 5. begonnen haben, waren schwach.

Wegen des engen Beckens wurde der extrap. Kaiserschnitt ausgeführt. Nach Blasensprengung und Wendung Extraktion am Fuß. Nach Expressio Placentae Bauchdeckennaht. Glatter fieberfreier Verlauf. Wunde vernarbt. Seit 19. 5. außer Bett, wird am 31. 5. entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 54 cm. l., 3650 g.

Fall 18:

Frl. H. K., 26 J., Rachitis. I-para. L. R. Ende September 1910. Beckenmaße: Sp. 26, Cr. 27, Troch. 30, Conj. ext. 19, Conj. d. 10,5, C. v. 9,0. Wehenbeginn 22. 6. m.; Blasensprung 23. 6. 9 h. p. m. II. HLg. Kopf über dem Becken. Da die kindlichen Herztöne wechseln und zuletzt sehr langsam werden, wird der extrap. Kaiserschnitt ausgeführt. Das Kind wird mit Forceps aus Gesichtslage

entwickelt. Nach Expressio Placentae Naht. Urin zeigt Spuren Albumen, die bald schwächer werden. Allgemeinbefinden gut. 30. 5.: Klemmen- und Drahtentfernung. Seit 3. 6. dauernd außer Bett. Am 8. 6. ohne erkennbaren Grund 38,5°, keine Beschwerden. 9. 6.: Temp. normal. Am 10. 6. entlassen. Wunde glatt geheilt. Parametrien frei. Uterus antefl. bewegl.

Kind , lebt, 49 cm. l., 2530 g.

Fall 19:

Frau H. B., 37 J. VI-para. 1899, 1903, 1905 Steißlage; Kinder tot geboren. 1909: Steißlage suprasymph. Kaiserschn. 1910: Abort im 5. Monat. L. R. 7. Sept. 1910. Sp. 25, Cr. 27, Troch. 30, C. ext. 18,5, C. d. 10,5. Wehenbeginn 29. 6. p. m. Blase steht. I. HLg. Kopf nach l. abgewichen. Extrap. Kaiserschnitt am 30. 6. Querschnitt in der alten Narbe. Entwickelung des Kopfes mit Zange. Bei Expressio Placentae wird der Uterusfundus invertiert. Lösung der adhärenten Placenta, Redressement des Fundus. Wegen Atonie zeitweise Tamponade. Naht eines bei Extraktion am Peritoneum entstandenen fingerlangen Risses. Zweifache Cervixnaht. Bauchdeckennaht. Urin klar. Fieberfreier, glatter Verlauf. Allgemeinbefinden gut. Wunde glatt vernarbt. Parametrien frei. Ut. antefl., gut involviert, bewegl. Am 14. 7. entlassen.

Kind , lebt, 53 cm. l., 4150 g.

Fall 20:

Frl. M. F., 20 J., Rachitis. Epilepsie. L. R. September 1910. I-para. Sp. 24,5, Cr. 26,5, Troch. 30,5; C. ext. 19, C. d. 9,5. Wehenbeginn 1. 7. 9 h. p. m., Blasensprung 3. 7. 4 h. a. m. I. HLg. Kopf über dem Becken. 3. 7. 10.45 a. m. extrap. Kaiserschnitt. Schwierige Zangenextraktion, da das Gesicht vorliegt. Naht der Cervix und Bauchdecken.

5. 7.: Bronchitische Geräusche über den beiden Lungen. Husten ohne Auswurf. 38,5°.

8. 7.: Allmähliger Rückgang der bronchitischen Erscheinungen. Wunde glatt geheilt.

Am 18. 7. verläßt Pat. die Klinik. Uterus antefl. gut involv. Parametrien frei. Adnexe rechts druckempfindlich. Lochien nicht vorhanden.

Kind , lebt, 52 cm. l., 3800 g.

Fall 21:

Frau R. A., 30 J., Rachitis. III-para: 1. P. 1907 Perforation. 2. P. 1909 Nabelschnurvorfall. Kind tot. L. R. 8. 8. 1910. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 26, Troch. 28,5, Conj. ext. 17,5, C. d. 10,0.

Am 13. 7. plötzlich Blasensprung ohne vorhergegangene Wehen. Nabelschnur- und Handvorfall. Kopf abgewichen. Mmd. 5 Mark groß.

Extraperitonealer Kaiserschnitt. Die Peritonealfalte, die sehr tief steht, reißt beim Nachschieben ein. Bei der Extraktion mit Forceps wird das Peritoneum angerissen und vernäht. Cervix- und Bauchdeckennaht. Dauerkatheter.

17. 7.: In der linken Leibseite eine schmerzhafte Infiltration. Uterus rechts, druckempfindlich. Klemmenentferung. Wunde heilt zu.

20. 7.: 39°. Zunahme der Infiltration, Schmerzhaftigkeit.

22. 7.: Spontaner Durchbruch in die Narbe an zwei Stellen. Entleerung eines serös-blutigen Sekrets. Langsame Abnahme der Sekretion. Befinden gut. 6. 8.: An den beiden oberflächlichen Stellen eine geringfügige Excoriation. Keine Schmerzen mehr.

Am 8. 8. wird Pat. entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 50 cm., 3780 g.

Fall 22:

Frl. A. G., 20 J. II-para (1 Abort im 3. Monat). L. R. 3. 10. 1910. Beckenmaße: Sp. 24,5, Cr. 26, Troch. 29½, C. ext. 18, Conj diag. 9,5. Wehenanfang 21. 7. 2 h. a. m. Blasensprung 21. 7. 7 h. p. m. 23. 7.: II. HLg. Hintere Scheitelbeineinstellung. Mmd. 3 Markst. groß. Kopf über dem Becken.

Sectio caes. extraperitonealis in üblicher Weise ausgeführt. Kind mit Zange extrahiert. Puls klein. Kochsalzinfusion.

Reichlicher blutig-seröser Ausfluß, übelriechend. Glatter, fieberfreier Verlauf. Wunde glatt vernarbt. Befinden gut. Wird am 8. 8. entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 50 cm. l., 3450 g.

Fall 23:

Frl. A. Z., 23 J., I-para. L. R. Mitte Oktober 1910. Conj. diag. 10,5. Wehenbeginn 24. 7. Blasensprung 25. 7. m. Kopf oberhalb des Beckens. Da die Geburt keinen Fortschritt machte, die Temperatur auf 38,9° stieg und eine Cervixüberdehnung zu befürchten war, wurde der extrap. Kaiserschnitt ausgeführt. Der Kopf wird in Vorderhauptslage mit Zange extrahiert. Bei Extraktion reißt das Peritoneum in etwa Fingerlänge ein. Naht desselben. Nach Expressio Placentae Cervixnaht. Tamponade. Bauchdeckennaht. Am nächsten Tag schleimiger stinkender Ausfluß. 5. 8.: Aus der Wunde werden zwei nekrotische Pfröpfe entfernt. Kein eitriger Ausfluß. 10. 8.: Druckschmerz in der r. Uterusseite. Temperatur unter 37°. 15. 8.: Wunde granuliert zu. Allgemeinbefinden gut. Keine Exudation mehr. Aufstehen. Am 28. 8. wird Pat. entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 50 cm. l., 2980 g.

Fall 24:

Frl. O. F., 23 J. I-para. Mit 7 Jahren Laufen gelernt. L. M. 1. 10. 1910. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 27,5, Troch. 32, Conj. ext. 17,5, C. diag. 10. I. HLg. Kopf über dem Becken. Mmd. 2 Markst. groß. Blasensprung. Da die Geburt nicht vorwärts kommt und Meconium reichlich abgeht, wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt und das Kind mit Zange extrahiert.

Kind , lebt, 54 cm. l., 3750 g.

19. 7.: 37,5°, sonst Temperatur normal.

26. 7.: Drähte gezogen. Wunde granuliert zu. Allgemein-

befinden gut. 5. 11. wird Pat. gesund entlassen. Parametrien frei. Lineare Narbe.

Kind —, lebt, 50 cm. l., 2900 g.

Fall 25:

Fr. M. K., 36 J. IV-para: 1906 Schädellage, Perforation; 1907 Querlage, Wendung, Kind tot; 1910 Querlage, Wendung, Kind tot. L. R. 16. 11. 1910. Beckenmaße eines normal großen Beckens. Conj. diag. 10,5. Wehenbeginn 12. 11. 11. Blase steht. Querlage. Da die Geburt nicht fortschreitet, Temperatur bis auf 38,6° gestiegen ist, Ödeme auftraten und die Pat. ein lebendes Kind wünscht, wird die Geburt mittels extraperitonealen Kaiserschnittes beendigt. Nach Sprengung der Blase Extraktion am Fuß. Expressio Placentae mittels Credé-Naht. Allmählicher Abfall der Temperatur. Leib nicht empfindlich; Allgemeinbefinden gut. Seit 27. 11. außer Bett, wird am 30. 11. mit glatt geheilter Wunde entlassen. Parametrien frei. Uterus beweglich, gut involviert.

Kind , lebt, 51 cm. l., 3590 g.

Fall 26:

Fr. F. N., 28 J., Rachitis, mit 5 J. Laufen gelernt. I-para. L. R. 12. 2. 1911. Beckenmaße: Sp. 26, Cr. 27, Troch. 29, C. ext. 18, C. d. 10. Wehenbeginn und Blasensprung 3. 11. 9 h. p. m. 8. 11. I. HLg. Kopf über dem Becken. Mmd. 5 Markst. groß. Da die Geburt trotz kräftiger Wehen nicht vorwärts kommt, Temperatur 37,8° beträgt, die Blase bereits vor 4 Tagen gesprungen ist (während dieser Zeit über zehnmal untersucht), wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Beim Schnitt durch den Uterus wird die Blase angeschnitten. Zange. Uterusnaht. Naht der Blase mit Catgut-Knopf, fortlaufend übernäht. Bauchdeckennaht. Dauerkatheter wird täglich gewechselt, da er verstopft wird. Urin trübe. Temperatur andauernd erhöht 37,2—37,8°. Wunde reaktionslos.

18. 11.: Krampfartige Schmerzen in der Blase. Nach Katheterentfernung hat sich eine Inkontinenz eingestellt, bes. bei Nacht. Pat. liegt immer naß. Brennen beim Urinlassen. 28. 11.: Keine Schmerzen mehr, keine Inkontinenz. Befinden gut. Temperatur normal. Steht auf, wird am 30. 11. entlassen. Wunde glatt geheilt. Parametrien frei. Uterus involviert. Fundus Uteri ist an der Bauchnarbe adhärent. Kind lebt.

Fall 27:

Fr. P. B., 26 J. I-para. L. R. 15. 2. 1911. Enges Becken. Wehenbeginn 28. 11. 2 h. a. m. Blasensprung 28. 11. 10 h. a. m. Temp. 37,7°. Wegen Nabelschnurvorfalles bei engem Becken und nicht erweitertem Mmd. wird am 28. 11. die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Beim Abschieben des Peritoneums reißt dasselbe ein. Naht. Zangenentwickelung des Kopfes. 30. 11.: Druckempfindlichkeit des Leibes. Wiederholtes Erbrechen. Magenspülung. 2. 12.: Infiltration der Wunde. Bei Entfernung der Nähte klafft die Wunde auseinander und es fließt viel eitrige Masse ab. Die Wundränder

sind nekrotisch. Die Nekrose erstreckt sich durch Fett und Fascie, so daß die Mm. recti sichtbar sind. Reichliche Sekretion schmieriger Massen von üblem Geruch. Andauernd hohe Temperatur 38,2—38,8 °. Aus der Tiefe eitrige Massen. Einführen eines Gazestreifens in dieselbe. 15. 12.: Naht der Mm. Recti entfernt; es quillt Eiter hervor. Drainage des 10 cm. tiefen Kanals. 21. 12.: Mäßige Sekretion. Beim Spülen des Wundkanals kommt die Flüssigkeit per vaginam aus. Die Fistel mündet im l. vorderen Scheidengewölbe. 25. 12.: Die Fistel scheint sich zu schließen. Temperatur normal. Wunde granuliert zu. 15. 1. 1912: Befinden gut, Wunde sieht gut aus, überhäutet sich. Pat. wird entlassen. Kommt zur Nachuntersuchung. Parametrien frei. Uterus antefl., beweglich.

Kind , lebt, 51 cm. l., 3650 g.

Fall 28:

Fr. M. R., 32 J. Rachitis. I-para. Allgemein verengtes Becken. L. R. 15. 2. 1911. Wehenbeginn und Blasensprung 29. 11. p. m. II. HLg. Kopf fest auf dem Becken. Wehen sehr stark. Da die kindlichen Herztöne wechseln und die Befürchtung besteht, daß das Kind die allem Anschein nach lange Geburtsdauer — alte Erstgebärende, enge Weichteile, wenig eröffneter Mund, noch hochstehender Kopf, frühzeitiger Wasserabfluß — nicht aushalten dürfte, wird der Kaiserschnitt ausgeführt. Entwickelung des Kindes aus Gesichtslage mit Zange. Naht.

Leichte Auftreibung des Leibes. Reichliche, stark riechende Lochien. Die Wunde reaktionslos geheilt. 5. 12.: Plötzlich 38, 7 ° ohne obj. Befund. Urin trübe. Wohlbefinden. 12. 12.: Urin klar, beschwerdefrei. Aufstehen. Wird am 20. 12. gesund entlassen. Uterus anteflect. an der vorderen Bauchwand in der Naht des Schnittes adhaerent. Parametrien frei. Kind , lebt, 51 cm. l., 3180 g.

Fall 29:

Fr. B. B., 31 J. Rachitis. II-para. 1. Partus: Schädellage, Perforation. L. R. 9. 2. 1911. Conj. diag. 9., Conj. vera. 7,5. Wehenbeginn und Blasensprung 1. 12. 7 h. p. m. I. HLg. Kopf nach links abgewichen. Mmd. erweitert. Wegen des engen Beckens und großen Kopfes — Sectio caes. extraperitonealis.

Befinden nach der Operation gut. Geringe Infiltration des Leibes. 20. 12.: Geringe Sekretion schmierig-blutiger Massen aus der Wunde; schwindet langsam. 28. 12.: Auftreten einer starken Angina verbunden mit Rückenschmerzen und mehrtägiger hoher Temperatur bis auf 39,9 °, die auf eingeleitete Therapie zurückgeht. Beschwerdefrei. Wunde vernarbt. Pat. wird am 10. 1. 1912 entlassen. Uterus retroflect., bewegl.; im rechten Parametrium ein Strang fühlbar.

Kind , lebt, 52 cm. l., 3600 g.

Fall 30:

Fr. E. P., 30 J. Rachitis. Osteomyelitis. I-para. L. R. 16. 3. 1911. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 27, Troch. 29,5, Conj. ext. 19, C. d. 9,5. Wehenbeginn 1. 1. 1912 m. Blasensprung 2. 1. m. II. HLg. Kopf über

dem Becken. Mmd. 5 Markst. groß. 3. 1 : Wegen sehr beschleunigter Herztöne Sectio caesarea. Kind mit Zange entwickelt. Drain ins l. Parametrium.

Naht. Dauerkatheter. Die Gegend des linken Wundwinkels schmerzhaft. Auftreibung des Leibes 7. 1.: Sekretion einer schmierig-blutigen Masse. Temp. 37,8 °. Tamponkürzung. Seccaledarreichung. 10. 1.: Die Wunde hat sich gereinigt, vernarbt. Beschwerdefrei. Am 20. 1.: Geheilt entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 48 cm. l., 3050 g.

Fall 31:

Fr. M. K., 36 J. IV-para. 1. Partus: 1900 Zange, Kind tot; 2. Partus: 1905, Zange, Kind tot; 3. Partus: 1909, Wendung mit nachfolg. Perforation. L. R. 8. 4. 1911. Conj. ext. 19, C. diag. 9. Wehenbeginn 26. 1. 3 h. a. m. Blase steht. 26. 1.: I. HLg. Kopf nach l. abgewichen. Mmd. fast erweitert. Suprasymph. extrap. Kaiserschnitt wird in typischer Weise ausgeführt, das Kind mit Zange extrahiert und die Wunde vollständig geschlossen. Dauerkatheter. 29. 1.: Abdomen weich. Im l. Mundwinkel eine Infiltration. 31. 1.: 38,6 °. Die Infiltration geht nur langsam zurück. Die Wunde reinigt sich. Befinden gut.

17. 2.: Wunde vernarbt, Ut. antefl., beweglich. Wird gesund entlassen.

Kind , lebt, 53 cm. l., 3200 g.

Fall 32:

Fr. M. H., 22 J. I-para. L. R. 7. 4. 1911. Beckenmaße: Sp. 25.5, Cr. 28, Troch. 35, Conj. ext. 20,5, C. diag. 10. Wehenanfang 2. 2. Blasensprung 3. 2. 4.30 a. m. 3. 2. a. m. I. HLg. Kopf nach l. abgewichen. Mmd. 3 Mark groß. Da die Geburt trotz kräftiger Wehen nicht fortschreitet, der große und harte Kopf sich nicht konfiguriert und die Temp. auf 38.8 ° gestiegen ist, wird die Sectio caes. ausgeführt. Längsschnitt durch die Bauchdecken. Abschieben der Blase nach r. unten und der Umschlagsfalte nach oben, dabei wird das Peritoneum eröffnet. Der Schnitt wird nach oben und unten verlängert, und der peritoneale Uterusüberzug mit dem Peritoneum parietale vernäht, somit ein extraperitonealer Uterusabschnitt künstlich geschaffen. Cervixschnitt. Entwickelung des Kopfes nach mehrmaligem Anlegen der Zange. Placentalösung. Naht. Dauerkatheter.

4. 2.: Husten. Schmerzhaftigkeit im Abdomen. 38,4 °.

5. 2.: 38,8 °. Beim Auseinanderziehen der Wunde entleert sich blutig-seröse Flüssigkeit. Entfernung sämtlicher Nähte. Fascie gangränös, wird entfernt. Codein. Inhalationen.

8. 2.: Rapide Verschlechterung. Cyanose. Dyspnoe. Puls 140. Abdomen aufgetrieben, schmerzhaft in beiden Hypogastrien. 39,4 °. Stiche in der linken Brust- und Rückenseite. Bronchitis diffuso und einseitige Pleuritis. Bei d. Reaktion wurde 400 ccm. blutig-serösen übelriechenden Exudates entleert.

Momentane Erleichterung und bald darauf eine rapide Ver-

schlechterung des Pulses (160) und der Atmung. Exitus um 3.45 p. m. Sektionsbefund: Pleuritis fibrinosa sin; in der l. Thoraxhälfte ½ L. Flüssigkeit Endocarditis mitr. recens. Gase im Abdomen. Wunde oben und rechts nach dem Peritoneum zu abgeschlossen; an der linken Seite Verklebung der Flexur. Beim Lösen entleert sich Eiter. Retroperitoneales Bindegewebe an der l. Seite bis zum Zwerchfell hinauf eitrig infiltriert. Septische Endometritis. Vena spermatica frei. Kind , lebend geboren, 55 cm. l., 3940 g., ist nach einigen Stunden gestorben.

Fall 33:

Frl. E. B., 23 J. I-para. L. R. Mitte April 1911. C. diag. 10. Wehenbeginn 4. 2. 12 p. m. Blasensprung 4. 2. a. m. 5. 2. 12 l. HLg. Kopf abgewichen. Mmd. nicht erweitert. 37 °. Mehrfach untersucht. 5. 2.: Kaiserschnitt. Längsschnitt durch die Bauchdecken. Median. Längsschnitt durch die Cervix. Zange. Nach Expressio Placentae Naht der Wunde.

6. 2.: 38 °. Die Drähte werden gezogen. Auf der Fascie eine kl. Abzeßhöhle. Nach Eröffnung des Abzesses Steigerung der Temperatur, 38,8 °. Die ganze Wunde wird eröffnet. Zwischen Muskulatur und Uterus reichliche Eiteransammlung. Seit dem 13. 2. Temperaturabfall.

Wunde granuliert zu. Einmaliger Temperaturanstieg bis auf 39,2 ° ohne erkennbaren Grund. Allgemeinbefinden gut. Seit dem 20. 2. dauernd außer Bett. 14. 3. geheilt entlassen. Parametrien frei. Cervix mit der vorderen Bauchwand verwachsen, nach l. verzogen.

Kind , lebt, 52 cm. l., 3220 g.

Fall 34:

Fr. A. M., 25 J. I-para. L. R.. 3. 4. 1911. C: diag: 9,5, Wehenanfang 4. 2. a. m. Blase steht. 5. 2. II. HLg. Kopf oberhalb des Beckens. Mmd. fast vollständig. 38,2 °. Mehrfach untersucht. Frau wird durch den extrap. Kaiserschnitt entbunden. Zangenentwickelung des Kopfes. Nach Entbindung immer noch 37,5—38 °. Lochien übelriechend. Die Wundränder livide. Eiterentleerung aus der Wunde. Sämtliche Bauchdeckennähte werden entfernt.

10. 2.: Schmerzhaftigkeit des Leibes. Bauchdecken gespannt. Seit dem 14. 2. reinigt sich die Wunde. Temp. normal.

3. 3.: Wunde granuliert zu. Aufstehen.

Am 9. 3. mit fast geschlossener Wunde entlassen und weiter ambulator. behandelt. Parametrien frei. Uterus anteflect. bewegl.

Kind , lebt, 53 cm. l., 3350 g.

Fall 35:

Frl. Fr. R., 23 J. Rachitis. I-para. L. R. 6. 11. Beckenmaße: Sp. 24,5, Cr. 26,5, Troch. 30,5. C. ext. 18,5; C. diag. 9,5.

Wehenbeginn 19. 2. m. Blase steht.

20. 2. 1912: I. HLg. Kopf beweglich ob. des Beckens. Mmd. 5 Mark groß. Wegen des großen und harten Kopfes bei engem Becken

wird der extrap. Kaiserschnitt ausgeführt. Das Kind wird mittels Zange extrahiert.

Glatter fieberfreier Verlauf. Allgemeinbefinden andauernd gut. Wunde glatt vernarbt. Am 8. 3. 1912 wird Pat. gesund entlassen. Uterus retrovertiert. Parametrien frei.

Kind , lebt, 52 cm. l., 3300 g.

Fall 36:

Frl. B. G., 22 J. Rachitis. I-para. L. R. Mai 1912. Beckenmaße: Sp. 25,5, Cr. 27,5, Troch. 31, Conj. ext. 18,5; Conj. diag. 9,5. Wehenbeginn 19. 2. a. m. Blasensprung am 18. 2. 9 h. p. m. 21. 2.: I. HLg. Kopf beweglich. Mmd. 3 Mark groß. 37,7°. Kindliche Herztöne wechselnd. Mekoniumabgang. Aus diesen Gründen Sectio caesarea extraperitonealis. 27. 2.: In der Tiefe der Wunde, die gut heilt, fühlt man eine Infiltration. Am 4. 3. steht Pat. auf. Temperatursteigerung bis auf 38,8°. Bettruhe. Secale. Stark eitrige Lochien. Eiter stammte offenbar aus einem Abzeß der Cervixwunde, das nach unten durchbrochen war. Die Infiltration geht zurück.

Seit dem 15. 3. außer Bett, wird am 25. 3. geheilt entlassen. Uterus dextrovertiert. Zwischen Cervix und Bauchwand links ein breiter, derber Strang. Parametrien frei.

Kind , lebt, 52 cm. l., 2900 g.

Fall 37:

Frl. A. R., 26 J. I-para. L. R. 3. 5. 1911. Beckenmaße: Sp. 21,5, Cr. 25,5, Troch. 29, C. ext. 18, C. diag. 9. Hoher Blasensprung; Blase gefüllt, fühlbar. I. HLg. Kopf oberhalb des Beckens. Mmd. fast gar nicht erweitert. Da die Geburt nicht fortschreitet und Meconium bei wechselnden Tönen abgeht, wird die Sectio extraperitonealis ausgeführt. Beim Abschieben der Umschlagsfalte reißt das Peritoneum ein. Naht des Risses.

Die Wunde sieht gut aus. 28. 2.: Am oberen und unteren Wundwinkel entzündet, wird etwas eröffnet; im Fettgewebe ein kleiner Abzeß. Wunde granuliert zu.

2. 3.: Bronchitis diff., Temperatursteigerung. Langsamer Rückgang der Beschwerden. Seit dem 10. 3. außer Bett, wird am 14. 3. gesund entlassen. An einer Stelle noch Granulationen, sonst feste Narbe. Parametrien frei.

Kind , lebt, 49 cm. l., 2700 g.

Fall 38:

Fr. A. G., 32 J. Rachitis. I-para. L. R. Mai 1912. Beckenmaße: Sp. 26, Cr. 27, Troch. 31, C. ext. 18, C. diag. 8,5. Wehenbeginn am 23. 2., die Blase angeblich von 16 Tagen, 6. 2. p. m., gesprungen.

29. 2.: I. HLg. Kopf nach d. Seite abgewichen. Mmd. klein. Da die Geburt bei engem Becken nicht fortschreitet, der Kopf hoch steht und Temperatur steigt (37,5), wird der extrap. Kaiserschnitt gemacht. Drainage des l. Parametriums. Leichte Infiltration der Wunde, die nach ein paar Tagen zurückgeht, sonst fieber- und

beschwerdefrei. Wunde glatt geheilt. Seit dem 7. 3. stets außer Bett, wird am 11. 3. entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 51 cm. l., 3200 g.

Fall 39:

Fr. P. T., 42 J. Rachitis. Mit 8 Jahren Laufen gelernt. IV-para. 1. Partus: 1902 Zange, Kind tot. 2. Partus: 1903 Perforation. 3. Partus: 1909 Perforation. L. R. Mai 1911. Rachitisches Becken. Wehenbeginn 26. 2. m. Blasensprung 26. 2. 3 h. p. m. I. HLg. Das untere Uterinsegment stark ausgezogen und auch in der Wehenpause druckempfindlich. 37,5°. Wegen drohender Uterusruptus extrap. Kaiserschnitt. Vorübergehende Tamponade wegen starker Blutung. Herzschwäche. Coffein, Kochsalzinfusion. 8. 3.: 37,8° ohne erkennbaren Grund. Im oberen und unteren Wundwinkel kleine Fettgewebsnekrosen. 10. 3.: Temp. normal. Wunde fast vernarbt. Pat. steht auf, wird am 13. 3. entlassen.

Kind , lebt, 54 cm. l., 4230 g.

Fall 40:

Fr. F. S., 21 J. I-para. L. R. Mai 1911. Wehenbeginn 4. 3. 1912. Blasensprung 3. 3 1912. 5. 3. I. Gesichtslage. Das Gesicht steht beinahe in Beckenmitte. Das Hinterhaupt oberhalb d. Beckens. Da die Geburt nicht fortschreitet, Temp. auf 37,7° gestiegen ist, die Blase vor 48 Stunden gesprungen ist, wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Zangenentwickelung des Kopfes war schwierig. 8. 3.: Der untere Teil der Wunde entzündet. 38,5°. 2 Nähte werden gezogen. Wunde granuliert zu. 12. 3.: Unwillkürlicher Urinabgang. Die Milchprobe zeigt eine Blasenuterusfistel. Katheter. Urotropin. 17. 3.: Kein unwillkürlicher Urinabgang. Wunde fest geschlossen. Allgemeinbefinden gut.

Die Blasenuntersuchung ergibt, daß die Fistel noch nicht völlig geschlossen ist. Dauernd außer Bett, wird Pat. am 21. 3. gesund entlassen.

Kind lebt.

Fall 41:

Frl. M. M., 19 J. Rachitis. I-para. L. R. 5. 2. Beckenmaße: Sp. 24, Cr. 27, Troch. 29, C. ext. 16,5, C. diag. 6,5. Wehenbeginn 5. 3. 1912 7.30 a. m., Blasensprung 5. 3. 1 h. p. m. Temp. 38°.

6. 3.: II. HLg. Mmd. 5 Mark groß. Aus absoluter Indikation bei platt rachitischem Becken Sectio caesarea extraperitonealis.

Zange. Drainage. 7. 3. 38,8°. Reichliche eitrige Sekretion aus dem Drain. 12. 3. 38,8°. Andauernd hohe Temperaturen und reichlich eitrige Sekretion.

15. 3.: Temperaturabfall. Wunde granuliert zu. Befinden gut. Seit dem 21. 3. außer Bett, wird am 25. 3. entlassen. Wunde bis auf eine kleine granulierende Stelle vernarbt. Uterus beweglich Die Cervix durch einen derben Strang mit der Bauchwand verwachsen.

Kind lebt , 51,5 cm. l., 2880 g.

Fall 42:

Fr. O. H., 34 J. Rachitis. IV-para: 1. Partus: 1901 Perforation. 2. Partus 1903 Perforation. 3. Partus: 1910 Perforation. L. R. 18. 5. 1911. Beckenmaße Sp. 24,5, Cr. 27, Troch. 30, C. ext. 17,5, C. diag. 9. Wehenbeginn 5. 3. p. m. Blasensprung 5. 3. a. m. 6. 3. II HLg. Kopf über dem Becken Mmd. für einen Finger durchgängig. Da sich die Frau dringend ein lebendes Kind wünscht, zur Pubotomie die Weichteile nicht genügend erweitert sind und die Temperatur auf 37,8° steigt, wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Forceps. Drainage der l. Bindegewebstasche. Naht bis auf den unteren Wundwinkel. 8. 3.: Drain entfernt. Sekretion gering. Wunde heilt gut.

12. 3.: Wunde vernarbt. Allgemeinbefinden gut. Seit dem 16. 3. außer Bett, wird am 20. 3. gesund entlassen.

Kind , lebt, 50½ cm. l., 3000 g.

Fall 43:

Frl. P. Z., 22 J. Rachitis. I-para. L. R. 4. 2. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 26, Troch. 31, Conj. ext. 17, C. diag. 9. Wehenbeginn: 7. 3. 1912. Blasensprung 7. 3. 9 h. p. m. 8. 8.: I. HLg. Kopf ob. des Beckens.

Da bei dem platt rachitischen, verengten Becken eine spontane Geburt nicht zu erwarten ist, zumal die Blase vor 12 Stunden gesprungen ist, wird die Sectio caesarea ausgeführt. Zangenentwickelung des Kopfes schwierig, da das Vorderhaupt sich nach vorn gedreht hat. Die Extraktion gelingt erst, nachdem das Hinterhaupt nach vorn gedreht wurde.

Befinden nach der Operation gut. Husten. 13. 3.: 39,2°. Wunde gerötet. Entfernung der Drähte; es findet sich subcutan eine Abzeßhöhle, die bis an den Uterus reicht. Die Bauchdecken werden eröffnet. Sekretion sehr stark. Temperaturabfall. 19. 3.: Wunde reinigt sich, granuliert. 6. 4.: Hauträndер klaffen etwa fingerbreit auseinander; dazwischen frische Granulationen. 15. 4. wird Pat. entlassen. Parametrien frei. Cervix mit der vorderen Bauchwand verwachsen.

Kind , lebt, 43 cm. l., 2700 g.

Fall 44:

Fr. P. L., 29 J. II-para. 1. Partus: 1907 — Sectio caesarea. Kind nach 3 Wochen gestorben. L. R. 8. 7. 1911. Beckenmaße: Sp. 25,5, Cr. 31, Troch. 33, C. ext. 21, C. diag. 9,5. Wegenbeginn 1. 4. 1912. Blase steht. II. Steißlage. Vorliegen kleiner Teile und Nabelschnur. Sectio caes. extraperitonealis. Extraktion am Fuß leicht Drainage des Parametriums. Scheidentamponade. Naht. Befinden nach der Operation gut.

5 4.: Sekretion aus dem Drain gering. Der obere Teil der Wunde etwas infiltriert. Temperatur normal. Die Wunde fast geschlossen. Seit dem 14. 4. dauernd außer Bett, wird am 20. 4. entlassen. An der Drainstelle noch eine kl. gut granulierende Wunde.

Die Cervix durch eine breite, derbe Infiltration mit der Muskel- und Bauchwand adhärent. Parametrien frei.

Kind , lebt, 56 cm. l., 3900 g.

Fall 45:

Fr. P. A., 28 J. Rachitis. I-para. L. R. 24. 7. 1911. Conj. diag. 9,5. Wehenbeginn und hoher Blasensprung 12. 4. I. HLg. Da bei dem verengten Becken die Geburt des sehr großen und harten Kopfes, der noch beweglich über dem Becken steht, nicht zu erwarten ist, und die Temperatur steigt, wird der Kaiserschnitt ausgeführt. Forceps. Drainage des Parametriums. 16. 4.: Leib aufgetrieben. Sekretion aus dem Drain. 23. 4.: Im oberen Wundwinkel wird eine kl. Abzeßhöhle eröffnet. Temperatur normal. Wunde granuliert gut. Seit dem 25. 4. außer Bett, wird am 6. 5. entlassen. Die Wunde fest geschlossen. Uterus beweglich, anteflect., gut involviert.

Kind lebend geboren, 55 cm. l., 4500 g., ist nach einigen Tagen am Nährschaden gestorben. Die Sektion ergab nichts Positives.

Fall 46:

Fr. M. M., 21 J. I-para. L. R. 10. 8. 1911. Sp. 27,5, Cr. 28, Troch. 32, C. ext. 18, C. diag. 9. Wehenbeginn, Blasensprung: 14. 4. a m. I. HLg. Kopf über dem Becken. Da Ausziehungserscheinungen deutlich sichtbar sind, wird wegen drohender Uterusruptus die Sectio extraperitonealis ausgeführt. Aus Versehen wird das Peritoneum eröffnet, aber gleich wieder vernäht. Forceps. Drainage des Parametriums. Nur geringe Sekretion. Im allgemeinen fieberfreier Verlauf. Wunde glatt vernarbt. Seit 27. 4. außer Bett, wird am 2. 5. entlassen. Parametrien frei. Uterus anteflect., beweglich.

Kind , lebt, 51 cm. l., 3020 g.

Fall 47:

Frl. A. E., 29 J. Rachitis. I-para. L. R. 15. 8. 1911. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 26,5. Troch. 33,5, C. diag. 7,5. Wehenbeginn, Blasensprung 21. 4. 4.30 a. m. II. HLg. Kopf über dem Becken. Mmd. geschlossen. Wegen des engen Beckens und Nabelschnurvorfalls — Sectio extraperitonealis.

Das Abschieben der Umschlagsfalte recht schwierig. Drainage des l. Parametriums. Glatter, fieberfreier Verlauf. Allgemeinbefinden gut. Wird am 11. 5. entlassen.

Kind , lebt, 52 cm. l., 3300 g.

Fall 48:

Frl. E. Sch., 22 J. I-para. L. R. 5. 8. 1911. C. diag. 10,5. Wehenbeginn und Blasensprung 15. 5. a. m. 16. 5. I. HLg. Kopf über dem Becken. Mmd. handtellergroß. Wegen Temperatursteigerung , 37,6 °, bei verengtem Becken — Sectio caesarea extrap. Drainage des Parametriums.

17. 5.: Leib etwas aufgetrieben, meteoristisch. 38,8 °. Aus dem Drain entleeren sich geringe Mengen seröser Flüssigkeit.

18. 5.: Heftige Leibschmerzen. Aus dem unteren Wundwinkel übelriechende Sekretion. Die Wunde wird aufgemacht. Wundfläche

gangränös. Drainage. Pat. bewußtlos, reagiert noch auf Anruf. Jede Therapie erfolglos. Andauernd hohe Temperatur. 19. 5. 7.30 p. m. Exitus.

Sektionsbefund: Eitrige Peritonitis. Parametritis puerper. septica, Endometritis, Pyosalpinx sin. Die Operationswunde lag extraperitoneal.

Kind , lebt, 51 cm. l., 3240 g.

Fall 49:

Frl. M. Z., 19 J. I-para. L. R. August 1911. C. diag. 10,5. Wehenbeginn 14. 5. Blasensprung 16. 5. 17. 5. I. HLg. Kopf beweglich im Becken.

Wegen des Stillstandes der Geburt, Ausziehungserscheinungen, Temperatursteigerung 37,5° und sehr großen Kindes — Sectio caes. extraperitonealis.

Beim Eröffnen der Cervix wird die Blase verletzt, vernäht. L. Parametrium drainiert.

Aus dem Drain entleert sich seröse Flüssigkeit. Husten, Auswurf. Hohe Temperatur bis 40,5°. Pleuritis exudativa. Punktio neg. Befinden schlecht.

Blasenfistel. Bei Spülung der Blase läuft ein Teil durch die Bauchwunde heraus. Aus dem unteren Wundwinkel übelriechende Sekretion. Nach Entfernung der Nähte klaffen die Wundränder. Hinter der Symphyse ein Abzeß, wird zur Scheide tamponiert; es entleert sich reichlich Eiter. Wiederum starke Lungenerscheinungen. Parametrien wenig infiltriert. Langsame Besserung. Seit dem 20. 6. fieberfrei. Die Wunde granuliert zu. Pat. steht auf, wird am 10. 7. gesund entlassen. Parametrien links narbig infiltriert, nicht druckempfindlich.

Kind , lebt, 52 cm., 3530 g.

Fall 50:

Frl. M. P., 23 J. I-para. L. R. 5. 8. 1911. Conj. diag. 10. Wehenbeginn 15. 5. Blasensprung 15. 5. 6 h. a. m. 18. 5. II. HLg. Kopf beweglich, nach l. abgewichen. Wegen vorzeitigen Blasensprungs, vor ca. 3 Tagen, andauernder Wehenschwäche und starken Kopfes bei verengtem Becken, wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Beim Extrahieren des Kopfes mit Zange reißt das Peritoneum ein, wird vernäht. Drainage des l. Parametriums. Dauerkatheter. 20. 5.: Nach Entfernung des Drains rapide Verschlechterung. 39,5°. Entfernung der Drähte. Aus der Wunde übelriechender Ausfluß. Befinden schlecht. Benommenheit. Spaltung der Fascie. Aus einer, gegen die Bauchhöhle abgekapselten, Höhle entleeren sich stinkende, nekrotische Massen. Drainage. Temperaturabfall und Besserung des Befindens. Seit dem 30. 5. fieberfrei. Die Wunde granuliert zu, am 13. 6. fast geschlossen; steht auf. 29. 6. entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 50 cm. l., 5300 g.

Fall 51:

Frl. B. E., 25 J. Rachitis. I-para. L. R. August 1911. Beckenmaße: Sp. 27, Cr. 29, Troch. 30, C. ext. 17, C. diag. 9. Wehenbeginn 29. 5. Blasensprung 30. 5. 2 h. a. m. 18. 5. I. HLg. Kopf ob. des Beckens. Mmd nur wenig eröffnet. Wehenschwäche.

Sectio caes. extrap. in typischer Weise. Forceps. Naht. Dauerkatheter. Glatter, fieberfreier Verlauf. Keine Infiltration. Wohlbefinden. Wunde primär verheilt. Seit dem 15. 6. außer Bett, wird am 18. entlassen.

Kind , lebt, 51 cm. l., 2900 g.

Fall 52:

Fr. J. B., 36 J. III-para. 1. Partus: Perforation. 2. Partus: Abort im 5. Monat. L. R. 12. 11. 1911. C. diag. 10,5. Wehenbeginn 6. 7. Blase steht. 7. 7. I. HLg. Kopf über dem Becken. Sectio caes. extraperitonealis. Sprengen der Blase, Forceps. Placentalösung. Drainage. Naht. 10. 7.: Leichte Bronchitis, fieberfrei. Befinden gut. Die Wunde per primam geheilt. Am 6. 8. entlassen. Glatte Narbe. Parametrien frei.

Kind , lebt, 53 cm., 3800 g.

Fall 53:

Fr. M. W., 29 J. I-para. L. R. 11. 1911. In den letzten Monaten der Schwangerschaft Schwellung der Beine und immer zunehmende Kopfschmerzen. 15. 7.: Oedeme der Extremitäten. Nephritis. 12 ‰ Alb. Eclamptischer Anfall. Kopf beweglich über dem Becken. Blase steht. Sectio caesarea. Forceps. Drainage des l. Parametriums.

Nach der Entbindung kein Anfall mehr. Bewußtsein klar. Urin enthält 1 ‰ Alb. 29. 7.: Befinden gut. Temp. normal. Urin frei. Die Wunde gut geheilt; steht auf, wird am 6. 8. mit gut geheilter Narbe entlassen.

Uterus anteflect., bewegl. Parametrien frei.

Kind , lebt, 48 cm. l., 2600 g.

Fall 54:

Fr. E. H., 28 J. Rachitis. I-para. L. R. 15. 10. 1911. Sp. 25, Cr. 26, Troch. 30, Conj. ext. 16,5, Conj. diag. 8,5. Wehenbeginn 8. 8. Blase steht. I. HLg. Kopf über dem Becken. 37,4 °. Wegen des engen Beckens Sectio caes. extrap. Forceps. Drainage. Glatter, fieberfreier Verlauf. Wunde per primam geheilt. Am 25. 8. entlassen. Glatte Narbe. Ut. bewegl. anteflect. Parametrien frei.

Kind , lebt, 53 cm., 3150 g.

Fall 55:

Frl. B. Z., 32 J. Rachitis. III-para. 1. Partus: Kind tot. 2. Partus: Wendung, Kind lebt. Sp. 25, Cr. 26,5, Troch. 33, C. ext. 17, C. diag. 10. Wehenbeginn 9. 8. Blase steht. Hintere Scheitelbeineinstellung des Kopfes. Wegen engen Beckens und großen Kindes — Sectio caes. extrap. Zange. 13. 8.: Schmerzen in der l. Leistengegend und im l. Bein. 38.5 °. Hochlagerung des Beines. 17. 8.:

Schmerzen in der Leistengegend verschwunden; Druckempfindlichkeit der rechten Nierengegend. 38,6°. Urin trübe. Blasenspülungen, Urotropin. Nachlassen der Beschwerden. Seit dem 30. 8. fieberfrei. Urin klar. Die Wunde gut geheilt. Befinden gut. 6. 9. steht Pat. auf und wird am 11. 9. gesund entlassen.

Parametrien frei.

Kind , lebt, 50 cm. l., 3150 g.

Fall 56:

Fr. B. N., 24 J. I-para. L. R. 11. 1911. Während der ganzen Schwangerschaft geschwollene Füße. Bei der Untersuchung am 19. 8. 1912 besteht Schwangerschaftsnephritis. 6‰ Alb. Hochgradige Oedeme der Extremitäten und der gr. Labien. Gar keine Wehen. Blase steht. Kopf über dem Becken. Wegen der schweren Nephritis bei engem Becken — Sectio caes. extrap. Drainage des l. Parametriums.

Glatter, fieberfreier Verlauf. Wunde per primam geheilt. Die Erscheinungen der Nephritis vollständig zurückgegangen. Urin klar. Seit dem 3. 9. außer Bett, wird am 6. 9. entlassen. Parametrien frei. Ut. anteflect., auf der l. Seite fixiert; rechts druckempfindlich.

Kind , lebt, 50 cm. l., 3150 g.

Fall 57:

Fr. E. J., 27 J. I-para. L. R. 23. 11. 1911. Sp. 27, Cr. 28, Troch. 34, C. ext. 20, C. diag. 9,5. Wehenbeginn 5. 11. 12. Blase steht. I. HLg. Kopf hoch. 8. 9.: Wegen des engen Beckens und sehr großen Kindes — Sectio caes. extrap. Vorübergehende Tamponade des schlaffen Uterus. Drainage des l. Parametriums. Befinden schlecht. Collaps. Auf eingeleitete Therapie Besserung. 16. 9.: Wunde granuliert gut. Drain entfernt. 24. 9.: Druckempfindlichkeit der rechten Brust. 39°. Mastitis puerperalis. Incisio und Drainage. Darauf rascher Temperaturabfall und Besserung des Befindens. Seit dem 16. 10. auf, wird am 21. 10. gesund entlassen. Die Bauchwände glatt vernarbt. Brustwunde granuliert zu. Ut. anteflect. Parametrien frei.

Kind , lebt, 54 cm., 4180 g.

Fall 58:

Frl. W. S., 20 J. I-para. L. R. 20. 12. 1911. In den letzten 3 Monaten geschwollene Füße; zuletzt auch Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. —

Am 12. 9. 1912 wiederholte eclamptische Anfälle. Nach dem 8. Anfall — Aderlaß (600 ccm. Blut). Urin enthielt ½‰ Alb. Da die Anfälle sich wiederholten, wurde die Entbindung mittels Sectio caes. extrap. beendet. Forcepsentwickelung des Kindes aus I. HLg.

Nach der Entbindung noch 2 Anfälle. Morphium. Pat. kommt langsam zu sich. Wunde heilt zu. Befinden gut. 22. 9.: plötzlich 39,4° ohne obj. Befund. Nach 10-tägigem fieberfreien Verlaufe wiederum hohe Temperatur, die rasch zurückgeht. Wunde vernarbt. Am 13. 10. entlassen.

Kind , lebt, 49 cm. l., 2600 g.

Fall 59:

Fr. E. W., 21 J. I-para. L. R. 1. 1. 1912. Oedeme der Beine und des Gesichts. Am 16. 9. 1912 9 eclamptische Anfälle. Im Urin 12 ‰ Alb. Gar keine Wehen. Blase steht. I. HLg. Kopf ob. des Beckens. Sectio caes. extraperitonealis. Drainage des l. Parametriums. Naht der Wunde bis auf die Durchtrittsstelle des Drains. Nach der Entbindung noch 4 Anfälle. Auf Aderlaß (2) insges. 1 L. Blut abgezogen, Morphium und Chloraldarreichung. Besserung des Zustandes und Klärung des Bewußtseins.

19. 9.: Aus dem Drain entleert sich schmieriges Sekret; die Wundränder leicht infiltriert. Langsame Abnahme der Infiltration und Sekretion. 25. 9.: Wunde geheilt. Urin frei. Temp. normal. Seit dem 1. 10. auf, wird am 5. 10. entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 47 cm. l., 2800 g.

Fall 60:

Fr. E. F., 25 J. Rachitis., mit 6 J. Laufen gelernt. I-para. Conj. diag. 7, Conj. vera 5,5 cm. Wehenbeginn 16. 9. a. m. Blasensprung 17. 9. m. 37,7 °. I. HLg. Die kindlichen Herztöne langsam und unregelmäßig. Meconiumabgang. Aus absol. Indikation — extrap. Kaiserschnitt. Zange. Drainage.

Glatter fieberfreier Verlauf. Die Wunde per primam geheilt. Befinden gut. 3. 10. entlassen. Parametrien frei.

Kind , bei der Geburt tief asphyktisch, lebt, 50 cm., 2550 g

Fall 61:

Frl. E. G., 17 J. Rachitis. I-para. Conj. diag. 8. Wehenbeginn 27. 9., ebenso Blasensprung. I. HLg. 28. 9.: Wegen des engen Beckens, beginnenden Kontraktionsringes, sehr großen Kopfes und 38,2 ° wird der extrap. Kaiserschnitt gemacht. Drainage des l. Parametriums.

1. 10.: 39,4 °. Wundränder infiltriert. Die Wunde schmierig belegt. Nach Entfernung der Nähte und Spaltung der Fascie-Drainage der Mundhöhle. Langsamer Temperaturabfall. Aus der Tiefe entleeren sich stinkende Massen. Die Wunde schließt sich. Seit dem 22. 10. auf, wird am 31. 10. entlassen. Glatte Narbe. Parametrien frei. Ut. bewegl.

Kind , lebt, 55 cm., 3650 g.

Fall 62:

Fr. F. S., 21 J. Rachitis. I-para. Conj. diag. 10. Oedeme der Beine, Kopfschmerzen.

10. 10. 1912: Vollkommene Amaurose. Im Urin 6 ‰ Alb. 3 eclamptische Anfälle. Blasensprung am 9. 10. 37,2 °. Extrap. Kaiserschnitt. Drainage. Nach der Entbindung keine Anfälle mehr, Amaurose zurückgegangen. 16. 1.: Aus einem Abzeß im ob. Wundwinkel serös-eitrige Sekretion. Wunde granuliert zu. Temp. normal. Befinden gut. 9. 10. entlassen. Parametrien frei.

Kind , lebt, 53 cm., 3540 g.

Fall 63:

Fr. F. S., 25 J. I-para. Seit 3 Monaten Oedeme der Beine, zuletzt Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Am 5. 11.: 9 eclamptische Anfälle. 10. 11.: Aufnahme in der Klinik. Während der Vorbereitung zur Operation — 6 Anfälle. Kopf oberhalb des Beckens Blase steht. Extrap. Kaiserschnitt.

Da die Portio noch vollständig erhalten ist, liegt die Umschlagsfalte sehr tief. Beim Abschieben des Peritoneums reißt dasselbe ein; der Einriß wird durch Schnitt verlängert und die Cervix transperitoneal eröffnet. Zangenextraktion des Kindes. Völliger Verschluß der Wunde. 11. 11.: Noch ein Anfall, darauf Aderlaß. Besserung. Pat. beim klaren Bewußtsein. Glatter fieberfreier Verlauf. Befinden gut. Die Wunde glatt vernarbt. 22. 11. entlassen.

Kind , 49 cm., 2700 g., sehr asphyktisch geboren, starb nach 14 Stunden. Sektionsbefund: Kleine Blutungen im Gehirn.

Fall 64:

Fr. K. V., 32 J. I-para. Seit 6 Wochen Oedeme der Beine. Wehenbeginn und Blasensprung 7. 11. m. 8. 11.: 3 eclamtische Anfälle. II. HLg. Kopf hoch. Extrap. Kaiserschnitt. Zange. Drainage. Nach der Entbindung keine Anfälle mehr. Befinden gut. 11. 11. Drainensprung. Aus der Oeffnung blutig-seröse Sekretion. 16. 11.: Aus einem oberflächlich gelegenen Abzeß eitrige Sekretion. 37,5 ° Die Wunde granuliert zu. 23. 11.: Pat. verläßt die Klinik. Wunde granuliert.

Kind , lebt, 53 cm., 3950 g.

Fall 65:

Frl. W. W., 21 J. II-para. 1. Partus: Frühgeb. im 7., Kind nach einigen Tagen tot. Beckenmaße: Sp. 25, Cr. 27,5, Troch. 28,5, C. ext. 19, C. diag. 10. Wehenbeginn 13. 11. a. m. Blase steht. II. HLg. Kopft fest auf dem Becken. Mmd. 5 Mark groß. Da trotz kräftiger Wehen der Kopf sich nicht konfiguriert, da ein Kontraktionsring sich bemerkbar macht, wird der extrap. Kaiserschnitt ausgeführt. Befinden gut. 15. 11.: 39 °. 16. 11.: 39,5 °. Wunde reaktionslos, granuliert zu. 26. 11.: 38 °. Schwellung des l. Beines. Hochlagerung. Abschwellen des Beines. Seit dem 6. 12. beschwerdefrei, steht auf, wird am 12. 12. entlassen.

Kind , lebt, 50 cm. l., 3370 g.

Fall 66:

Fr. H. P., 24 J. Rachitis. IV-para. 1. Partus: 1909, Kaiserschnitt, Kind lebt. 2. Partus: 1909, Abort im 6. 3. Partus: 1911, Frühgeburt im 7., Kind tot. Beckenmaße: Sp. 21,5, Cr. 24, Troch. 29, C. ext. 16,5, C. diag. 9. Wehenbeginn 12. 11. II. HLg. Kopf über dem Becken. Mmd. fast geschlossen. 15. 11.: Wegen des engen Beckens und drohender Ruptus der alten Narbe — Sectio caes. extrap. Schnitt in der alten Narbe. Peritoneum mit den Muskeln verwachsen. Beim Trennen der Muskel wird das Peritoneum mit eröffnet. Die Cervixpartie ist dünn. Cervixschnitt. Zangenentwicke-

lung des Kindes. Naht. Glatter, fieberfreier Verlauf. Befinden gut. Am 3. 12. geheilt entlassen.

Kind , lebt.

Fall 67:

Fr. A. H., 23 J. Rachitis. I-para. L. R. 4. 3. 1912. Sp. 24,5, Cr. 26,5, Troch. 29, Conj. ext. 15, C. diag. 8,5. Wehenbeginn, Blasensprung 25. 11. 1912. II. HLg. Kopf auf dem Becken. 25. 11.: Entbindung durch extraperiton. Kaiserschnitt. Zange. Drain ins linke Parametrium. Wegen schlechten Aussehens Kochsalz-Adrenalinfusior

Befinden gut. 27. 11.: Starke Angina, die in einigen Tagen schwindet. Die Wunde granuliert zu; im allgemeinen glatter, fieberfreier Verlauf. Seit 17. 11. auf, wird am 11. 12. gesund entlassen. Parametrien frei. Glatte Narbe.

Kind , lebt.

Fall 68:

Fr. A. Z., 32 J. I-para. 1. Partus: 1910 — Schädelg. — Perforation. Sp. 24, Cr. 28, Troch. 31, Conj. ext. 18, C. diag. 9,5. Wehenbeginn 25. 11. m. Blase steht.

II. HLg. Kopf ob. des Beckens. 37,2 °. Mmd. nur wenig eröffnet. Da bei der Beckenverengerung, großem und hartem Kopf eine spontane Geburt nicht zu erwarten ist und die Frau ein lebendes Kind wünscht, wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Ein kl. Riß im Peritoneum wird vernäht. Drainage des unteren Wundwinkels. 26. 11.: Collaps; auf Herztonica — Besserung.

30. 11.: Entfernung der Drähte und des Drains. Wunde granuliert zu. 1. 12.: 38,5 °. Atemnotanfall. Digalen usw. Temperaturabfall. 8. 12.: 38 °. Schmerzen in der Nierengegend. Urin trübe. Urotropin. 11. 12.: Langsames Nachlassen der Schmerzen. Urin klar. 18. 12.: Schwellung des r. Beines. 39,2 °. Hochlagerung.

Die Schmerzen nehmen langsam ab; Temp. abgefallen; bis am 27. 12. plötzlich 38,9 ° und heftige Schmerzen im rechten Bein. Lichtbestrahlung. Seit dem 1. 1. 1913 keine Schmerzen mehr. Temperatur andauernd normal. Der weitere Verlauf glatt. Wunde primär geheilt. Seit dem 13. 1. auf, wird am 18. 1. entlassen.

Kind , lebt, 52 cm. l., 3450 g.

Fall 69:

Fr. E. M., 23 J. Rachitis. I-para. Sp. 20, Cr. 23, Troch. 24, C. ext. 17, Conj. diag. 8. Wehenbeginn und Blasensprung 3. 12. m. 6. 12. in die Klinik eingeliefert. II. HLg. Kopf ob. des Beckens. 37,9 °. (Mehrfach untersucht.) Sectio caes. extraperitonealis. Zange. Drainage des l. Parametriums.

7. 12.: Aus dem Drain reichliche schmierig-eitrige Sekretion. 9. 12.: 39 °. Die Wundränder gerötet. Nach Klemmenentfernung klafft die Wunde bis auf die Fascie auseinander. 11. 12.: 39,5 °. Eröffnung der Fascie; es entleeren sich eitrige Massen. Langsamer Temperaturabfall und Besserung des Befindens. 27. 12.: 38,3 °. Schwellung des l. Beines. Hochlagerung, Umschläge. Weiterer Ver-

lauf normal; Pat. wird am 4. 1. gesund entlassen. Parametrien frei.
Kind , lebt, 51 cm. l., 2500 g

Fall 70:

Fr. A. Sch., 35 J. I-para. Seit 6 Wochen geschwollene Füße, zuletzt auch Labien. Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Wehenbeginn 4. 2. m. Zwillinge. 1. Kind in Steißlage. Steiß oberhalb des Beckens. Wegen bestehender Nephritis (in den letzten Tagen 3‰ Alb.), hochgradiger oedematösen Schwellung der Labien mit beginnender Necrose bei erhaltener Portio und geschlossenem Mmd. wird die Sectio caes. extrap. ausgeführt. Nach Sprengen der Blase, 1. Kind — in Steißlage — am Fuß extrahiert. 2. Kind — in Schädellage — wird gewendet und extrahiert. Naht.

Wohlbefinden. 9. 2.: Urin frei. Oedeme vollständig verschwunden. Glatter fieberfreier Verlauf. Die Wunde per primam geheilt. Seit dem 17. 2. steht Pat. auf, wird am 20. 2. entlassen. Glatte lineare Narbe. Parametrien frei.

Kinder leben, 47,5 und 48 cm. l., 2020 und 2440 g.

Wie aus den angeführten Fällen hervorgeht, wurde der Indikation zum operativen Eingriff ein sehr weiter Spielraum gegeben. So wurde fünfmal aus absoluter Indikation, bei einer Conj. 5—6 cm, operiert. In 17 Fällen bei Conj. veta von 7—7,5 cm. Siebenmal bei Eclamptischen, bei welchen die Geburt entweder ganz im Anfang stand, oder bei denen trotz langer Geburtsdauer der Kopf immer noch oberhalb des Beckens stand. In 10 Fällen, die als infizierte anzusehen waren, betrug die Temperatur 38—39°. Die Blase war meist vor längerer Zeit gesprungen; außerdem berechtigten die mehrfachen Untersuchungen, die an den Gebärenden unternommen werden, 10—15mal mitunter zur Annahme einer Infektion. In 4 Fällen wurde wegen drohender Uterusruptur eingegriffen, Es handelte sich um Fälle, wo deutliche Ausziehungserscheinungen sichtbar waren, Schmerzen auch während der Wehenpause bestanden, und welche wegen wenig fortgeschrittener Geburt, zumal es sich um Erstgebärende handelte, nur durch einen Schnitt von oben entbunden werden konnten.

In 3 Fällen wegen Nabelschnurvorfalls bei hochstehendem Kopf und wenig eröffnetem Muttermund. Da es sich um Erstgebärende handelte, deren Becken eine Verengerung aufwiesen, so mußte vor jedem anderen Eingriff abgesehen werden. In weiteren zwei Fällen gab eine lange Geburts-

dauhr den Anlaß zum Eingriff. Es betraf Frauen, die über 80 Stunden kreißten und bei denen das Wasser vor ca. 4 Tagen abging. Das Becken wies nur einen sehr geringen Grad von Verengerung auf; die Wehen waren von vornherein schwach und blieben auch so trotz aller angewandten Mittel. Die Portio war nur wenig entfaltet, und der Kopf stand oberhalb des Beckens.

In drei Fällen wurde wegen stark wechselnder kindlicher Herztöne eingegriffen. Die Conj. vera betrug etwas über 8 cm. Da die in Betracht kommenden Frauen Erstgebärende waren, und der große Kopf oberhalb des Beckens stand, blieb auch in diesen Fällen nichts anderes übrig, als die Sectio caesarea extraperitonealis auszuführen. In zwei Pällen wurde der dringenden Bitte der Mütter nach einem lebenden Kind entsprochen. Es waren dies IV-gebärende, die ein annähernd normal großen Becken hatten — Conj. vera über 9 cm; alle Mal handelte es sich um Querlage; es wurde stets gewendet, zwei Mal sogar mit nachträglicher Perforation. Da der Kopf auch diesmal oberhalb des Beckens stand, und die Temperaturerhöhung kein weiteres Abwarten mehr gestattete, so war die Sectio caesarea, da die Wendung bereits wiederholt schlechte Resultate gab, der einzig zuversichtliche Eingriff gewesen. In zwei Fällen endlich wurde wegen einer hochgradiger Nephritis mit starken Oedemen, bes. der Labien, die eine beginnende Necrose zeigten, operiert.

In vielen Fällen wurde die Bindegewebswunde drainiert, um einer eventuellen Eiterung Platz nach außen zu schaffen. Dig Drainage geschah meist in solchen Fällen, wo entweder von vornherein erhöhte Temperatur besiand oder die Blase vor längerer Zeit gesprungen, oder sonst ein Verdacht resp. eine Annahme einer inficierten Wunde gerechtfertigt war. Die Mehrzahl der Fälle verlief ohne besondere Störung; die erhöhten Temperaturen konnte man meistens auf Nebener. krankungen, wie Bronchitis, Angina, oder, was recht häufig der Fall war, auf einen Blasenkatarrh zurückführen. Eine Anzahl von Fällen und zwar zwanzig, ergaben einen glatten, fieberfreien Verlauf. Schwere Eiterungen waren nur selten. Immerhtn sind zwei Todesfälle seitens der Mütter und zwei seitens der Kinder zu verzeichnen. Der erste Todesfall be-

traf eine I-para, die wegen hoher Temperatur 38,8° und nicht fortschreitender Geburt operiert wurde. Während des Abschiebens des Peritoneum wurde dasselbe verletzt. Am fünften Tage nach der Operation trat eine schwere Pleuritis fibrinosa auf, der die Patientin erlegen ist.

Beim zweiten Todesfall handelte es sich auch um eine Erstgebärende, bei welcher der extraperitoneale Kaiserschnitt wegen erhöhter Temperatur gemacht werden mußte. Sie erlag einer eitrigen Peritonitis. Beide Fälle waren von vornherein nicht mehr aseptisch gewesen. Die Autopsie ergab eine extraperitoneale Lage der Wunde in beiden Fällen und eine eitrige Infiltration des retroperitonealen Beckenbindegewebes nur im ersten Falle; dagegen beim zweiten Fall zeigte das Beckenbindegewebe gar keine Veränderungen. Was die beiden Kinder anbelangt, so starben beide erst nachträglich und zwar das eine ganz unabhängig von jeder Störung, die im Verlauf der Geburt entstehen könnte, nämlich an einem Herzfehler; der Tod ees anderen Kindes erfolgte nach einigen Stunden infolge von Lebensschwäche. Mithin beträgt die Mortalität, wenn überhaupt eine geringe Zahl von Fällen einen Rückschluss gestattet, nur einen geringen Prozentsatz. Und zwar 1,42% für Kinder (1 Todesfall infolge von Herzfehler scheidet aus), 2,85% für Mütter.

Wenn man alle Vorteile, die der extraperitoneale Kaiserschnitt bietet, die Breite der Indikationsstellung, Fehlen von Adhäsionen, bewiesen bei mehreren Frauen, die zum zweiten Mal durch den extraperitonealen Kaiserschnitt entbunden wurden, endlich die, im Vergleich zu den Resultaten bei anderen Operationsmethoden, relativ geringe Mortalität, berücksichtigt, so wird man wohl nicht fehl gehen, wenn man behauptet, daß gegenwärtig der suprasymphysäre extraperitoneale Kaiserschnitt ceteris paribus das beste Verfahren ist, welches das Kind rettet und die Mutter nicht gefährdet.

Am Schluß meiner Arbeit ist es mir ein Bedürfnis meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh-Rat Ernst Bumm, für die Anregung und gütige Ueberweisung der Fälle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Bumm, Ernst: Der Kaiserschnitt. Internationaler Kongreß in Petersburg.

„ Ueber Beckenhochlagerung in der Geburtshülfe. (Zentralblatt f. Gyn. Heft 9)

Faßbender, H.: Geschichte der Geburtshülfe.

Frank E.: Zur Technik des suprasymphysären Kaiserschnittes (Zentralblatt f. Gyn. Nr. 6.

„ Suprasymphysäre Entbindung (Archiv f. Gyn. 81, 06)

Henkel: Zur Kaiserschnittstechnik. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gyn. (Mai-Sitzung).

Küstner Otto: Ueber extraperitonealen Kaiserschnitt. Berl. kl. Wochenschrift p. 1436.

„ Für den extraperitonealen Kaiserschnitt. Zentral-Blatt f. Gyn. Nr. 27.

„ Erprobtes zur Kaiserschnittsfrage. Ges. f. Gyn. München.

Latzko: Indikation zum extraperitonealen Kaiserschnitt bei engem Becken. Intern. Kongreß zu Budapest 09 Frauenarzt Heft 6.

Nürnberger: Zur Geschichte des extrap. K. Diss.

Sellheim: Der extraperitoneale Uterusschnitt. Zentralblatt f. Gyn. 1998, Nr. 5.

„ Weiteres über die modernen Bestrebungen zur Veränderung der Kaiserschnittstechnik. Intern. Kongreß Petersburg Beitrag s. Geb. Nr. 6.

„ Etwas zur Einfachheit und Schonung bei extraperitonealen Kaiserschnitt. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. 34, Heft 1.

Lebenslauf.

Max Finkelkraut, geb. am 18. Juli 1888 in Warschau, mosaischer Religion. Im Jahre 1900 betrat ich das Progymnasium zu Sandomir (Radomer Gouvernement) und verblieb daselbst bis zum Jahre 1904. Seit 1904 besuchte ich das V. Warschauer Gymnasium und erhielt 1908 das Reifezeugnis. Im Herbst desselben Jahres begann ich das medizinische Studium an der Berliner Universität und setzte es ununterbrochen fort. Während dieser Zeit hörte ich die Vorlesungen folgender Dozenten:

v. Bergmann, du Bois-Reymond, Bonnhoeffer, Bumm, Fischer, Flügge, Gabriel, Goldscheider, Hertwig, Heubner, Heymann, Jacobsohn, Killian, Klapp, Kopsch, Kraus, Krückmann, Lesser, Lewin, Lewinsohn, Fritz Meyer, Orth, Pagel, Papppenheim, Passow, Rawitz, Rubens, Rubner, Salkowsky, Schulze Sigwart, Straßmann, Virchow, Waldeyer, Wolff.